

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

INTERDISCIPLINARIDADE NO PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES
MULTIPROFISSIONAIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

RESIDENTE: DANIELA CRISTINA PEREIRA

FLORIANÓPOLIS, SETEMBRO DE 2015

DANIELA CRISTINA PEREIRA

**INTERDISCIPLINARIDADE NO PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES
MULTIPROFISSIONAIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Trabalho de conclusão de Residência,
apresentado como requisito para a
integralização do curso de Residência
Multiprofissional em Saúde da Família,
da Universidade Federal de Santa
Catarina.

Florianópolis, 02 de setembro de 2015

Banca examinadora:


Profa. Dra. Keli Regina Dal Prá
(Presidente / Universidade Federal de Santa Catarina)


Profa. Dra. Daniela Carceroni
(1ª Examinadora / Universidade Federal de Santa Catarina)


Profa. Dra. Maren Rocha Farias
(2ª Examinadora / Universidade Federal de Santa Catarina)

RESUMO

O presente trabalho de conclusão da Residência, teve como proposta identificar como os profissionais percebem a interdisciplinaridade no processo de trabalho das equipes multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde (APS). O objetivo geral foi discutir como a composição multiprofissional possibilita uma práxis interdisciplinar na APS, depois de identificar os limites e possibilidades para o desenvolvimento de ações interdisciplinares e as medidas propostas pelos sujeitos de pesquisa para o enfrentamento dos desafios existentes na organização do processo de trabalho em relação ao desenvolvimento de ações interdisciplinares. Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, em formato exploratório-descritivo, realizado pela aplicação de questionário semiestruturado, tendo como cenário um centro de saúde do sul do Brasil. Os participantes da pesquisa foram profissionais de todas as categorias de trabalhadores do centro de saúde. O universo da pesquisa era composto por 58 profissionais, onde 50 receberam o questionário e 14 fizeram a devolutiva. Dentre os principais limites indicados destacamos a falta de tempo; a priorização do trabalho individual por alguns profissionais, a visão biomédica, a falta de espaço físico, a rotatividade dos profissionais; e falta de recursos humanos. Já as possibilidades para o trabalho interdisciplinar envolveram alguns espaços já instituídos como as reuniões de equipes; a prática multiprofissional e o trabalho da Residência Multiprofissional em Saúde da Família (REMULTISF). Para o enfrentamento dos desafios existentes no processo de trabalho e para desenvolver ações interdisciplinares foram indicadas a necessidade da reorganização do processo de trabalho, educação permanente e a defesa de espaços interdisciplinares e a disponibilidade de diálogo pela coordenação da unidade de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde, Interdisciplinaridade, Trabalho em Equipe; Residência Multiprofissional em Saúde da Família.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	5
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	11
3. DESCRIÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	17
3.1 Descrição e análise dos limites para o trabalho interdisciplinar	18
3.2 Descrição e análise das possibilidades para o trabalho interdisciplinar	25
3.3 Medidas propostas	28
3.4 Sugestões / observação final do questionário	30
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	31
5. REFERÊNCIAS	36
6. APÊNDICE	38
6.1 Apêndice A – Questionário Semiestruturado	39
6.2 Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	40

1. INTRODUÇÃO

A inserção de diferentes profissões no cenário da saúde possibilitou ampliar a capacidade de lidar com as complexas realidades encontradas no processo saúde doença e pensar novas maneiras de atender à população na sua integralidade. Apesar dos grandes avanços já conquistados, o modelo biomédico, centrado na cura da doença ainda se faz presente na organização dos processos de trabalho e na forma como os profissionais de saúde se relacionam entre si e com os indivíduos a quem buscam prestar assistência, perpetuando-se como conceito reduzido de saúde (“ausência de doença”), sem dar conta de produzir saúde no conceito ampliado do seu significado.

Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (BRASIL, 1986, p. 4).

A implantação do Programa Saúde da Família (PSF) em 1994, com as equipes de Saúde da Família (eSF), trouxe como objetivo a substituição do modelo historicamente centrado na doença e com foco individual por um modelo baseado nos princípios da integralidade, universalidade e equidade, em que os indivíduos deixam de ser atendidos individualmente e passam a ser vistos no seu contexto sociofamiliar e nas suas peculiaridades. Ressalta-se ainda a inserção dessas equipes no território onde os sujeitos vivem, se reconhecem, se identificam, onde podem expressar seus desejos e suas necessidades.

Para integrar as eSF e ampliar ainda mais os objetivos inicialmente propostos, em 2010 são criados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) com profissionais de diferentes áreas que irão apoiar as eSF, ou quando necessário fazer articulação com outros pontos da rede.

E é neste contexto que a Atenção Primária em Saúde (APS) tornou-se um importante espaço para a inserção REMULTSF, que é composta também por profissionais que atuam em diferentes núcleos profissionais e que buscam preparar-se para o trabalho em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

A REMULTSF trabalha na modalidade ensino/serviço, e pode ser considerada como de educação permanente em saúde, pois, não somente oportuniza a ação como também a reflexão constante a partir da realidade vivenciada e demandas dos usuários do serviço. Tem-se a possibilidade de propor e executar mudanças que a rotina, muitas vezes extenuantes de trabalho, não permite realizar.

A educação permanente pode ser entendida como aprendizagem-trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações. Ela é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm. Propõe que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização do processo de trabalho, e considera que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações (BRASIL, 2009, p.20-21).

E foi a partir da realidade vivenciada como integrante da equipe de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Federal de Santa Catarina (REMULTISF/UFSC), que foi planejado realizar uma pesquisa que trouxesse dados sobre a interação desses diferentes profissionais, por meio das ações interdisciplinares realizadas na rotina dos atendimentos.

Fundamenta-se “na interdisciplinaridade como facilitadora da construção do conhecimento ampliado de saúde, em resposta ao desafio de atuar nas coletividades, visualizando as dimensões objetivas e subjetivas dos sujeitos do cuidado” (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010, p.816). Tal experiência possibilita superar a fragmentação das diferentes estruturas sociais, destacando múltiplas especificidades e probabilidades de um olhar ampliado, somando saberes e práticas, na atenção integral aos indivíduos, família e comunidade.

Inicialmente este trabalho foi construído em conjunto com a residente de enfermagem Ana Isabel de Godoy Ferreira que participou das etapas de idealização do projeto de pesquisa, elaboração e aplicação dos questionários. Segundo as normas da Comissão Nacional de Residências, no final do curso de residência, cada residente deve apresentar um trabalho individual, por isso, a pesquisa foi projetada para atender um conjunto amplo de objetivos, possibilitando a realização de dois trabalhos individuais, a partir do mesmo material empírico.

Com a divisão dos objetivos em dois trabalhos individuais perde-se parte do potencial interdisciplinar da pesquisa, portanto, sugere-se que a leitura do presente

trabalho seja complementada pela leitura do TCR já elaborado pela enfermeira Ana Isabel de Godoy Ferreira intitulado “Percepção da equipe Multiprofissional sobre Espaços e Ações para o Exercício da Práxis Interdisciplinar em um Centro de Saúde do Sul do Brasil”.

Sendo assim, a pesquisa buscou contemplar o tema “interdisciplinaridade no processo de trabalho das equipes multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde (APS)”, a partir da aplicação de um questionário que foi entregue para todos os profissionais do Centro de Saúde (CS) da Prainha, unidade básica de saúde integrada à rede de serviços da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis (SMS) e também unidade onde atuava a equipe de residência da qual era integrante. Sendo assim, os **sujeitos de pesquisa** foram todos os profissionais que participam do processo de trabalho neste cenário de pesquisa (eSF, NASF, coordenação do CS, técnicos administrativos, profissionais de segurança, profissionais de serviços gerais e motoristas), independente do vínculo de trabalho (servidores concursados, profissionais contratados, terceirizados ou residentes).

Quanto à relevância do tema, pode se dizer que o cotidiano de trabalho ao longo da residência, teve constantemente a atenção atraída para o tema da interdisciplinaridade. A APS se constitui como um campo teórico, profissional e político em que a interdisciplinaridade, como proposta, apresenta-se filosoficamente de forma frequente e é defendida formalmente como uma estratégia das políticas públicas.

Como exemplo desta discussão acumulada sobre a interdisciplinaridade no campo da APS, e ilustrando a relevância do tema para este campo de conhecimento, segue um trecho do Caderno de Atenção Básica n. 27, que trata das diretrizes do NASF: a APS

conjunto de ações em saúde desempenhadas pela Saúde da Família, é algo complexo e que demanda intervenções amplas em múltiplas facetas da realidade, para que se possa obter efeito positivo sobre a saúde e a qualidade de vida da população, o que é comprovado por meio de evidências em diversos países do mundo. Assim, recomenda-se a utilização de saberes de variadas origens para que a APS possa ser mais eficaz e resolutive, saberes tanto específicos da saúde como de outros campos de conhecimento, como cultura, assistência social, gestão, esporte, lazer etc., compreendendo um exercício permanente de interdisciplinaridade e de intersetorialidade (BRASIL, 2010, p.9).

Acreditamos que o entendimento da percepção destes sujeitos de pesquisa, profissionais diretamente envolvidos na busca e construção desta interdisciplinaridade no cotidiano da atenção à saúde pode contribuir para a compreensão teórica do tema e para a nossa formação acadêmica e profissional. Ousamos ainda acreditar que a presente

pesquisa teve o potencial de gerar um processo de reflexão e discussão entre os profissionais desta unidade, podendo mobilizar forças transformadoras dentro da equipe, na direção dessa busca e do exercício da interdisciplinaridade e da integralidade na APS.

O objetivo geral da pesquisa consiste em “discutir como a composição multiprofissional possibilita uma práxis interdisciplinar na APS”. Já os objetivos específicos concentraram-se em:

- Descrever as **concepções de interdisciplinaridade** apresentadas pelos sujeitos da pesquisa.
- Caracterizar os **espaços proporcionados pela organização do trabalho** para o desenvolvimento de ações interdisciplinares pelas equipes multiprofissionais, a partir da percepção dos sujeitos da pesquisa.
- Verificar quais **ações interdisciplinares** os profissionais sujeitos da pesquisa identificam que realizam nos espaços de trabalho.
- Discutir os **limites e possibilidades** para o desenvolvimento de ações interdisciplinares descritos pelos profissionais sujeitos da pesquisa.
- Descrever as **medidas propostas** pelos sujeitos de pesquisa para o enfrentamento dos desafios existentes na organização do processo de trabalho em relação ao desenvolvimento de ações interdisciplinares.

Conforme explicado anteriormente, somente parte da pesquisa será contemplada neste trabalho, os três primeiros objetivos foram discutidos no TCR da residente de enfermagem Ana Isabel de Godoy Ferreira. Este trabalho contemplará a análise dos dois últimos objetivos e também elencará algumas observações/sugestões apontadas no final da entrevista e que não foram contempladas no questionário.

A pesquisa utilizou a **abordagem qualitativa**, que se apresenta como uma tentativa de compreensão detalhada dos significados e características da realidade. A opção pela pesquisa qualitativa justifica-se porque, segundo Minayo (2004, p.12) “a discussão crítica do conceito de ‘Metodologias Qualitativas’ nos induz a pensá-las não como uma alternativa ideológica às abordagens quantitativas, mas a aprofundar o caráter do social e as dificuldades de construção do conhecimento que o apreendem de forma parcial e inacabada”.

Considerando os objetivos elencados previamente, o **estudo exploratório-descritivo** é o que mais se identifica com as características apresentadas. As pesquisas exploratórias, segundo Gil (1999, p.44), “[...] tem como principal finalidade desenvolver,

esclarecer e modificar conceitos e ideias, com vistas na formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores”.

Já as pesquisas descritivas “[...] têm como preocupação central identificar os fatores que determinam ou que contribuem para a ocorrência dos fenômenos. É o tipo de pesquisa que mais aprofunda o conhecimento da realidade, porque explica a razão, o porquê das coisas” (GIL 1999, p.46).

A **universo** escolhido abrangeu 58 pessoas, correspondendo a 100% dos profissionais que atuam no cenário de pesquisa escolhido. Entretanto, devido a especificidades circunstanciais tais como férias (3 sujeitos), afastamento por motivo de saúde (2 sujeitos) e, em alguns casos, dificuldade de localização e contato (3 sujeitos), 8 profissionais que integravam esta amostra não participaram da pesquisa.

A escolha de 100% dos profissionais objetivou abranger todas as categorias profissionais e tipos de vínculo laboral, mostrando fluxos e dinâmicas que geralmente ficam menos evidenciados nos espaços comumente “naturalizados” como espaços da interdisciplinaridade, tais como interconsultas, reuniões semanais de equipe, reuniões de matriciamento entre eSF e NASF, reuniões mensais do NASF, e outros. Ao incluir profissionais que realizam as chamadas “atividades-meio”, tais como coordenação da unidade, assistentes administrativos, agentes de segurança (vigilantes), auxiliares de serviços gerais e motoristas, acreditávamos possibilitar a observação de aspectos das relações multiprofissionais/interdisciplinares que geralmente ficam “escondidos” ou “esquecidos” no processo de trabalho do dia-a-dia.

A inclusão de profissionais residentes foi importante, porque servidores e residentes vivem processos de trabalho diferentes, ambos representando aspectos relevantes da realidade do CS Prainha. Acreditamos que tanto um como outro deveriam ser observados e descritos a fim de caracterizar um retrato mais completo desta realidade.

A coleta de dados deu-se através de questionário semiestruturado (apêndice A), preenchido pelos sujeitos de pesquisa, sem auxílio das pesquisadoras, com prazo de 10 dias para responder. Alguns dos critérios utilizados para a escolha deste método consistiram no grande número de sujeitos de pesquisa; no fato de a população alvo estar relativamente dispersa geograficamente, devido aos diversos locais de trabalho dos profissionais NASF; o pouco tempo disponível para a realização da coleta de dados e a escassez de recursos financeiros para a realização de outros tipos de coleta de dados (VALENTIM, 2008).

As principais vantagens do uso de questionário são a facilidade de atingir um grande número de indivíduos simultaneamente; pela sua própria natureza, a possibilidade de obter respostas uniformes, facilitando a categorização e análise; o fato de permitir o anonimato do respondente e possibilitar que o pesquisado tenha mais tempo para responder (VALENTIM, 2008).

No entanto, cabe observar que ele apresenta também algumas desvantagens: não permite que haja um confronto das respostas obtidas com a realidade do pesquisado; não permite qualquer tipo de aprofundamento por parte do pesquisador; não permite verificar as reações do respondente em relação aos conteúdos das questões; não permite verificar a seriedade/atenção com que o pesquisado respondeu as questões e tem uma natureza fria e impessoal (VALENTIM, 2008).

A **análise dos dados** foi realizada objetivando identificar categorias e subcategorias de análise presentes nos discursos dos sujeitos de pesquisa, suas propriedades e características, e a forma como estas se relacionam entre si. Deu-se através de três etapas: ordenação dos dados, classificação dos dados, e análise “final” (sempre provisória).

Na primeira etapa, que consistiu na ordenação dos dados, foram realizadas a leitura intensiva e aprofundada dos questionários e o agrupamento e organização das respostas encontradas.

Na segunda etapa, foi elaborada uma primeira classificação, onde cada assunto, tópico ou tema foi separado e guardado, buscando assim identificar palavras-chave e categorias. Posteriormente foi feito o agrupamento dos temas mais relevantes, ressaltando aspectos comuns e que se repetem, bem como aqueles que são diferentes e trazem algo significativo da realidade, para serem analisados à luz do referencial teórico.

Na terceira etapa, de análise final, enfocamos os objetivos, delineando as conclusões do trabalho, buscando pistas e indicações que possam servir de fundamento para propostas de planejamento, transformação de relações, mudanças institucionais, dentre outras possibilidades.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A APS, estruturada em torno da Estratégia de Saúde da Família (ESF), deve voltar-se para as necessidades de saúde da população local, baseando-se nas características do território, de forma descentralizada, com participação e controle social, voltada para os indivíduos, famílias e comunidades (BRASIL, 2011).

A APS:

tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para a sua organização de acordo com os preceitos do SUS. Tem como objetivos, ampliar o acesso da população brasileira à Atenção Primária à Saúde (APS); possibilitar acesso universal à saúde; efetivar a integralidade das ações da APS; promover o cuidado integral e contínuo ao usuário, família e comunidade; estimular o controle social e a participação popular; contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população brasileira (BRASIL, 2011, s/p).

Obrigatoriamente “as ações da Estratégia Saúde da Família são oferecidas por equipes multiprofissionais formadas por, no mínimo, um médico clínico geral ou especialista em Medicina de Família e Comunidade, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem e até 12 agentes comunitários de saúde (ACS)” (BRASIL, 2011, s/p). Integram também as eSF os profissionais de Saúde Bucal, cirurgião-dentista, auxiliar de saúde bucal para as eSB na modalidade I, e cirurgião-dentista, auxiliar de saúde bucal e técnico em saúde bucal para as eSB na modalidade II.

As atribuições das equipes de Saúde da Família são bastante amplas e têm como principais objetivos proporcionar uma atenção integral às famílias, identificar os problemas de saúde, incentivar ações comunitárias, bem como estimular e desenvolver a participação da população local na solução de seus problemas e no exercício do controle social sobre os serviços que recebe. Além dessas atribuições, o PSF exige novos conhecimentos de suas equipes e uma perspectiva integrada na análise dos problemas e no encaminhamento das soluções. O trabalho em PSF propõe também a organização de relações horizontais no interior das equipes, com o reconhecimento da competência de cada membro e a busca através do diálogo, a definição de uma ação conjunta e não apenas justaposta de todos os integrantes (LOCH-NECKEL et al, 2009, p.1470).

O campo da Saúde Coletiva no Brasil acumula uma rica experiência histórica de inovações e transformações, expressa nas “conquistas dos movimentos sociais da saúde na defesa da Reforma Sanitária brasileira, com três décadas de esforços, para que o SUS venha a ser um sistema de saúde democrático, universal, justo, digno, efetivo, integral e de qualidade” (PAIM, 2009, p.36).

Com a intenção de ampliar ainda mais o acesso da população brasileira à APS, são implantados os NASF, pela Portaria nº 154/GM, de 4 março de 2008 e Portaria nº 2.843/GM de 20 setembro de 2010, estes com objetivo de apoiar as eSF "na rede de serviços e ampliar a abrangência, a resolutividade, a territorialização, a regionalização, bem como a ampliação das ações da APS no Brasil" (BRASIL, 2011, s/p).

O NASF é constituído por equipes de profissionais de diferentes áreas que atuam em conjunto com as eSF, matriciando e apoiando as práticas em saúde no território. A composição do NASF é definida a partir das prioridades e necessidades observadas no território e também pelos gestores municipais. Dentre as profissões que compõem o NASF estão: assistente social, educador físico, farmacêutico, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, médico ginecologista, médico pediatra, médico acupunturista, médico homeopata e médico psiquiatra, nutricionista, psicólogo e terapeuta ocupacional.

É importante esclarecer que o NASF não é porta de entrada do SUS, atua em conjunto e a partir das demandas encaminhadas pelas eSF. Como ferramenta de comunicação utilizam-se do apoio matricial ou matriciamento, que tem como características ser “um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica” (CHIAVERINI, 2011, p.13). Enfatizando uma relação horizontal entre as equipes, qualificando as ações e encaminhamentos.

A composição multiprofissional e a proposta de horizontalidade das relações da APS se caracterizam como um espaço oportuno para a inserção das RMSF, possibilitando parcerias para a formação de profissionais com perfil adequado para o trabalho no SUS, e especificamente na APS e na ESF/NASF. A criação dos Programas de Residências Multiprofissionais em Saúde é recente e estes ainda são pouco conhecidos no país. Apresentam uma proposta de educação em serviço no nível de pós-graduação, atuando em equipes multiprofissionais.

As diferentes profissões num mesmo ambiente e objetivos, a princípio, consente à prática da interdisciplinaridade, permitindo a participação de todos e de forma democrática. A interdisciplinaridade,

é uma diretriz importante para a reorganização do processo de trabalho na ESF, tendo em vista as múltiplas e complexas necessidades da população. Somente o trabalho interdisciplinar, com foco na integralidade da atenção e na resolubilidade das ações em saúde, é capaz de fazer frente aos determinantes e condicionantes do processo

saúde-doença vivenciados pelos indivíduos, famílias e grupos sociais (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010, p.820).

A atenção à saúde do município de Florianópolis é dividida por Distritos Sanitários de Saúde, no total são cinco - Continente, Centro, Norte, Sul e Leste. No período da pesquisa o NASF era composto por 12 equipes com profissionais Assistentes Sociais, Farmacêuticos, Fonoaudiólogos, Fisioterapeutas, Nutricionistas, pediatras, Psicólogos, Psiquiatras e Profissionais de Educação Física.

Os avanços com a Reforma Sanitária possibilitaram conquistas constitucionais e jurídico-institucionais, que de fato tiveram e têm grande peso histórico e político para a operacionalização e consolidação do SUS e de seus princípios. Foram criadas leis, portarias, normas, diretrizes, programas e políticas nacionais de Estado, que embasam e preconizam a discussão acerca do tema da interdisciplinaridade.

A Portaria GM nº 3124/2012 foi importante para organizar o serviço, segundo esta, o NASF passaria a apoiar ou ser referência para no mínimo cinco equipes eSF e no máximo nove, permitindo ampliar o número de equipes NASF.

A agenda dos profissionais de saúde da APS, sejam eles eSF ou NASF é minuciosamente organizada para atender diferentes atividades, inclusive, para locomover-se entre um CS e outro. Neste interim, importantes espaços possibilitam a busca pelo exercício da interdisciplinaridade, tais como reuniões de equipe, espaços de matriciamento, reuniões de planejamento da unidade, visitas domiciliares multiprofissionais, interconsultas e grupos de Educação em Saúde. Estes espaços propiciam momentos de atuação conjunta com outros profissionais, possibilitando importantes trocas e complementaridade de conhecimentos nas ações em saúde.

Mas em se tratando da realidade do serviço ações interdisciplinares se mostram como ideias a serem alcançados. Em algumas profissões há a sobrecarga de trabalho onde não é respeitado o número máximo de nove eSF de referência por equipe NASF. Como exemplo, podemos citar os profissionais do Serviço Social, no total são cinco, sendo um para cada distrito. Cada assistente social é responsável por até 23 eSF, muito além do que prevê a portaria regulamentadora do programa.

As residências em saúde buscam contribuir para a organização e consolidação do SUS numa perspectiva de ensino e serviço, reafirmando valores preconizados pelo movimento da Reforma Sanitária. Para Nascimento e Oliveira (2010, p.815) a RMSF “tem como objetivo articular os conhecimentos adquiridos na formação inicial, muitas

vezes fragmentados e desarticulados, com a complexidade dos determinantes que se inter-relacionam na vida e no cuidado à saúde da população”.

A experiência como assistente social residente foi fundamental para o processo de formação, no entanto, a integração com as equipes permitiu-me apreender um trabalho muitas vezes direcionado para atender as demandas espontâneas e imediatas, o diagnóstico e tratamento de agravos, impossibilitando a realização de ações integrativas e interdisciplinares. A formação profissional biomédica, voltada para a clínica, para a atuação individual, bem como as pressões exercidas pelos diferentes níveis da gestão e pelas demandas trazidas pelas comunidades atendidas, parecem direcionar os profissionais constantemente para a realização de trabalhos individualizados, fragmentados e especializados.

Além disso, era comum as eSF trabalharem com equipes incompletas, a falta de profissionais ou vínculo empregatício fragilizado pelas contratações, somados às transferências, se tornaram rotina e uma enorme carência para o serviço. Em consequência, durante longos períodos os residentes foram tornando-se referência no serviço, principalmente para a comunidade, assumindo a reponsabilidade pelo trabalho no lugar das vagas em aberto da eSF ou dos profissionais do NASF, que devido ao elevado número de equipes, não conseguiam estar nos CS com a frequência necessária para serem reconhecidos e colocar em prática o exercício da sua profissão.

Acrescenta-se ainda, que a residência pode também ser uma estratégia para colocar em prática ações na produção do cuidado que os profissionais do serviço, devido a extenuante carga de trabalho não conseguem aplicar, no entanto, os residentes por inúmeras vezes foram vistos como um trabalhador suprimindo a falta de servidores que a gestão, em nível maior, não foi capaz de prover.

Além da extenuante densidade de trabalho das equipes com a atenção à saúde da população, os profissionais aceitam responsabilizar-se com a formação de novos profissionais através da supervisão de estágio e preceptorias da residência e do PET Saúde.

Para Nascimento e Oliveira (2010, p.816),

É a partir da vivência prática nos serviços, permeada por um suporte pedagógico específico e voltado para as necessidades da população, que se concretiza uma formação técnica e humanística, do profissional de saúde, uma vez que as situações-problema vivenciadas no cotidiano desses profissionais exigem ações que extrapolem o âmbito puramente científico/clínico.

Sem contar com a frequente cobrança por produtividade, por números de atendimentos individuais, contrariando a própria legislação que preconiza o atendimento em grupos e atividades coletivas.

A forma como o processo de trabalho se organiza nos serviços de saúde de um modo geral, seja por iniciativa dos trabalhadores diretamente nele envolvidos, seja por pressões exercidas pelos diferentes níveis de gestão e pelas demandas trazidas pela comunidade local e pela sociedade, costumam privilegiar a atuação individual em detrimento da atuação em equipe, ou seja, mesmo com os espaços acima citados, a composição multiprofissional não é suficiente para garantir o exercício da interdisciplinaridade. E é neste contexto que precisamos pensar de que forma é possível realizar ações interdisciplinares, que vão além de encontros ou reuniões multiprofissionais, ao considerarmos o número de famílias que acompanham, as situações de vulnerabilidade social que se encontram, as equipes incompletas, a falta de estrutura física, entre outros mencionados anteriormente.

Estudos mostram (DENTI, 2000), que o perfil de formação acadêmica de categorias profissionais da saúde requer mudanças, uma vez que, de modo geral, os currículos acadêmicos das graduações nesta área não são organizados de forma a capacitar os profissionais para o trabalho interdisciplinar. E esse mesmo estudo considera que a normatização excessiva da ESF limita a composição das equipes por categorias, de acordo com a realidade da população. Há ainda “uma limitação ideológica dos profissionais, que só sabem atuar no modelo focado na doença” (DENTI, 2000, p.109).

Ao refletirmos sobre o processo saúde-doença, os princípios doutrinários do SUS (universalidade, equidade, integralidade), as diretrizes da Atenção Básica, da ESF e do NASF, a Promoção da Saúde e a Educação Permanente em Saúde, além de qualquer outro tema que possa ter relevância na compreensão da interdisciplinaridade, percebemos que todos remetem, direta ou indiretamente, à integralidade como uma noção fundamental, que orienta estes outros eixos estratégicos das políticas públicas de saúde a partir de 1988.

O processo de saúde-doença de quem cuida, bem como os dos sujeitos a quem procura-se prestar cuidado de saúde em nosso trabalho, expressa, no plano material e simbólico, muitas das contradições presentes na sociedade. Muitas vezes nos deparamos com ambiente que direciona para um trabalho fragmentado e individual, com relações verticalizadas. As equipes multiprofissionais, precisam buscar espaços para o exercício da interdisciplinaridade, mesmo estando em um ambiente bastante desfavorável para seu exercício.

Ora, reproduzindo as desigualdades sociais nas relações com os usuários do SUS, os profissionais que integram estas equipes multiprofissionais tendem a reafirmar também as desigualdades históricas existentes entre suas profissões, dificultando o diálogo, o compartilhamento de saberes e a cooperação necessários ao processo de trabalho interdisciplinar. As relações permanecem verticalizadas, tensionadas. As interações com os usuários, individualizadas. As ações coletivas, fragmentadas.

Podemos então dizer que a atuação e a reflexão junto aos profissionais do serviço, aos outros residentes, aos preceptores e aos tutores nos despertam o interesse pelo tema da interdisciplinaridade e dos desafios que parecem colocar-se para que a composição multiprofissional das equipes ESF e NASF possa, cada vez mais e de fato traduzirem-se em descoberta, exercício, construção e consolidação da interdisciplinaridade, como caminho para uma atenção mais integral à saúde da população atendida.

3. DESCRIÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A experiência com a REMULTISF/UFSC caracterizou-se como um trabalho realizado permanentemente junto às equipes multiprofissionais, nos permitindo observar as fragilidades e potencialidades que se colocam neste espaço. Por isso, optamos por escutar todos os atores envolvidos no processo de trabalho do CS Prainha, buscando

entender sua percepção sobre o tema, como vem ocorrendo o desenvolvimento de ações interdisciplinares no seu espaço de trabalho, quais os limites e potenciais encontrados, e quais as possíveis mudanças sugeridas por estes atores.

Esta seção será destinada à descrição e análise dos objetivos que visam entender as possibilidades e limites existentes para o exercício da interdisciplinaridade no CS Prainha, bem como as mudanças sugeridas para potencializar este processo. São eles:

- Discutir os **limites e possibilidades** para o desenvolvimento de ações interdisciplinares descritos pelos profissionais sujeitos da pesquisa;
- Descrever as **medidas propostas** pelos sujeitos de pesquisa para o enfrentamento dos desafios existentes na organização do processo de trabalho em relação ao desenvolvimento de ações interdisciplinares.

Conforme referido anteriormente, os três primeiros objetivos foram descritos e analisados com profundidade por Ferreira (2014). A principal orientação repassada aos participantes antes de responderem os questionários era que deveriam ater-se a descrever as suas próprias concepções sobre o tema (e objetivo geral da pesquisa) “Como a composição multiprofissional possibilita uma práxis interdisciplinar na APS” para então responder as perguntas.

A amostra escolhida para participar da pesquisa incluía 100% dos profissionais que trabalham no CS Prainha, totalizando 58 pessoas. Considerando as especificidades do momento **foram entregues 50 questionários** – 02 profissionais estavam afastados para tratamento de saúde, 03 de férias e 03 não foi possível realizar contato pessoal - apresentando a seguinte composição profissional: 5 NASF, 29 ESF/ESB/ECR, 8 residentes e 8 são profissionais que realizam as chamadas **atividades-meio**, sendo **3 assistentes administrativos, 1 coordenadora de unidade, 1 auxiliar de serviços gerais, 2 vigilantes e 1 motorista**, que chamaremos adiante de “**outros**”.

Ressalta-se que após a leitura do TCLE, todos os profissionais concordaram em participar, no entanto, somente 14 responderam o questionário, atingindo 28% de adesão, com a seguinte composição profissional: **1 NASF, 8 ESF/ESB/ECR, 2 residentes** (1 ESF e 1 ESB) e **3 outros**.

A expectativa das pesquisadoras quanto a devolutiva dos questionários era maior, contudo, segundo Valentim (2008) espera-se, para esta metodologia de coleta de dados, cerca de 20 % de adesão, o que nos permite afirmar que a adesão alcançada de 28% foi positiva.

Ainda sobre a devolutiva dos questionários, a baixa adesão dos profissionais do NASF - que são também preceptores - e dos residentes surpreendeu-nos, pois, o tema da pesquisa sempre perpassou as principais discussões e reflexões do grupo, principalmente se considerarmos as características de inserção das diferentes profissões no serviço, pautadas no matriciamento e as condições necessárias para esta práxis. Acreditávamos que a participação destes profissionais na fase empírica da pesquisa contribuiria demasiadamente para um aprofundamento da discussão e na análise dos resultados.

Para melhor entendimento, os objetivos específicos descritos neste trabalho serão divididos a fim de respondê-los sem perder as características. É importante esclarecer que a descrição sobre os limites e possibilidades dos entrevistados deveria ser a partir da realidade vivenciada no cotidiano do trabalho no CS Prainha.

Antes de iniciarmos a discussão das respostas dos questionários, ordenamos os assuntos através de palavras-chave e dividimos em categorias temáticas para depois fazer a análise. Algumas respostas não puderam ser utilizadas e classificamos como “não se aplica”, pois, não fazem referência ao trabalho interdisciplinar, dentre eles, alguns exemplos de limites citados foram “ausência de médico”, “não há espaço para saúde mental” “as vagas de emergência são substituídas por consultas agendadas” entre outras, o que evidenciou ser uma oportunidade para demonstrar o descontentamento com a organização do serviço, mas também o não entendimento sobre o tema.

3.1 Descrição e análise dos limites para o trabalho interdisciplinar

Durante a classificação dos limites (dificuldades) que existem no processo de trabalho para o desenvolvimento de ações interdisciplinares observamos diferentes respostas: *nem sempre os profissionais falam a mesma língua; falta oportunidade de expor a visão; não há espaço para criação de vínculo; deficiência de alguns NASF como apoiadores, pois, privilegiam o atendimento individual; os profissionais não priorizam os matriciamentos, dificuldade no trabalho multiprofissional; insatisfação no exercício da profissão; demanda espontânea em grande quantidade; organização errada da demanda; afastamentos; falta de tempo 2; sobrecarga de trabalho 2; visão biomédica 2, falta de recursos; espaço físico 3, rotatividade 2, falta recursos humanos 1; equipes fragmentadas 2; falta de diálogo 2; resistência dos profissionais 2; desconhecimento do tema 2.* Dois (2) sujeitos não responderam e um (1) não observa dificuldades.

O primeiro objetivo específico desta pesquisa foi “descrever as **concepções de interdisciplinaridade** apresentadas pelos sujeitos da pesquisa”, esse objetivo foi descrito e analisado no trabalho de Ferreira (2014). Os resultados obtidos para essa questão surpreenderam, pois, foi muito divergente da fundamentação teórica utilizada, sugerindo o **desconhecimento do tema**. Dentre as respostas descritas, “*comportamento, descaso, disciplina, dar atenção à própria saúde e de sua família*”. Também indicaram concepções restritas à multidisciplinaridade como, “*reuniões com troca de informações e análise da situação do paciente*”. Já as respostas que mais se aproximaram foram “*troca de saberes, experiências e práticas, entre profissionais ‘especialistas’ de diferentes áreas, unindo saberes de fontes diferentes dentro de uma equipe multidisciplinar*” (FERREIRA, 2014).

Como requisitos necessários para a interdisciplinaridade “*ter carinho no trabalho que faz, profissionalismo, respeito ao usuário em suas diferenças e peculiaridades, relações, harmonia, apoio, suporte, trabalho em conjunto, coletividade, objetivo comum*”, entre outros.

A **falta de tempo** pode ser resultado de diferentes situações, inclusive, de alguns dos limites citados na pesquisa. O atendimento de vários sujeitos nas **demandas espontâneas, a organização errada da demanda, a falta de recursos humanos** (equipes fragmentadas), podem acarretar na sobrecarga de trabalho e consequentemente da precarização do atendimento, limitando o desenvolvimento de ações interdisciplinares, entre outras questões.

No entanto, a organização do processo de trabalho pode alterar significativamente essas situações. Para Trindade e Pires (2012) o excesso de demanda e a baixa resolutividade são as principais fontes de aumento das sobrecargas de trabalho, as autoras salientam que para reorganizar esse quadro é preciso trabalhar a afinidade com o modelo de atenção e o trabalho em equipe. Para diminuir o excesso de trabalho, esse mesmo estudo indicou que a proximidade com a realidade das famílias (território), o trabalho dos ACS, a liberdade para a organização e a distribuição das atividades podem contribuir para diminuir a sobrecarga.

Foi citado também como limites que **alguns profissionais do NASF o atendimento individual**, outros profissionais **não priorizam os matriciamentos** e ainda a **dificuldade no trabalho multiprofissional**. Essas questões fazem nos refletir sobre a formação profissional, que muitas vezes prioriza o conhecimento técnico adquirido durante a graduação, com ênfase no trabalho individual prejudicando a integração com a equipe e desconsiderando o trabalho coletivo.

Para Gomes (1997), o trabalho interdisciplinar envolve a criatividade, originalidade e flexibilidade frente as diferentes formas de pensar, frente aos problemas e às suas soluções. Não se pretende com a prática interdisciplinar a desvalorização ou negação das especialidades, pelo contrário, se busca a superação da fragmentação do conhecimento, reconhecendo e respeitando as especificidades de cada área profissional.

Gomes (1997) salienta que, com os diferentes olhares é possível perceber o homem como um todo, as especificidades permitem a compreensão das implicações sociais e reiteram a sua prática. Essa mudança de paradigma poderá pôr fim a hegemonia de algumas profissões sobre as outras, principalmente da **visão biomédica** que ainda é centrada do processo saúde doença.

Problematizar a formação profissional é importante para entendermos o contexto da prática profissional em saúde, haja vista o histórico do ensino superior da área de saúde, centrado no modelo biomédico. Para compensar esse histórico, tem-se hoje a tentativa das universidades em implementar novos currículos e diretrizes orientadas pelo novo modelo de atenção que preserva o trabalho interdisciplinar e coletivo, que discuta sobre políticas públicas e práticas de saúde coletiva.

Scherer acrescenta que:

Prestar o cuidado à saúde das pessoas, rompendo com o modelo biomédico, envolve não só os conhecimentos da clínica, mas também os relacionados à gestão do cotidiano dos serviços, do controle social, das políticas sociais, entre outros, fundamentais para que o profissional possa realizar um cuidado integral, em articulação intersetorial (SCHERER, 2006, p. 210).

A ESF propõe-se a estruturar um modelo de atenção à saúde das pessoas e o trabalho coletivo, sob a égide do SUS. A procura por assistência à saúde é muito maior do que a estrutura e recursos disponíveis, além disso, é preciso lidar com o predomínio da procura pela **especialidade médica**, as dificuldades no acolhimento, na organização e distribuição das atividades, baixa resolutividade dos serviços, e muitas vezes o excesso de burocracia (TRINDADE; PIRES, 2012).

Segundo Trindade e Pires (2012, p.40), no que se refere aos recursos financeiros, o investimento terá significativa importância tanto com “infraestrutura física e de materiais quanto na força de trabalho, necessitando investimentos em melhores salários, na seleção dos profissionais e incentivos a capacitação e planos de carreira” assim fortalecendo o vínculo e o comprometido dos profissionais.

A falta de espaço físico e a falta de recursos é reflexo das condições de trabalho. No período em que a pesquisa foi realizada, havia há muito tempo, a proposta de reforma e ampliação do CS Prainha, refletindo a não priorização das últimas gestões municipais para essa questão. A dificuldade com espaço é um problema recorrente não só do CS Prainha, mas também de outras unidades de saúde, que não comportam todos os profissionais, mesmo com as equipes incompletas.

Para os profissionais do NASF o espaço físico é o grande vilão. Como trabalham na perspectiva de apoio as demais equipes, na maioria das vezes não possuem consultório, e não somente ao atendimento individual, mas de espaço para organizar a agenda, planejar as atividades, compor relatos de atendimento ou visitas domiciliares, entre outros.

Como anteriormente descrito parte dos profissionais pesquisados recebem estagiários e residentes, tornando o CS sobrecarregado de profissionais e estudantes. A estrutura física não comporta todas essas pessoas.

Os profissionais das equipes de ESF, enfermeiros, médicos e técnicos, por serem equipes fixas no território têm mais facilidade em ter consultório para trabalhar, isso não significa que estão livres das manobras na agenda. Já os ACS que fazem parte das mesmas equipes de ESF, são diretamente afetados, ficavam de um lado para outro procurando lugar para ficar ou computador para atualizar os dados das visitas domiciliares no sistema de informação da atenção básica (SIAB), principalmente próximo das datas finais de completude.

Neste contexto, surge a falta de recursos, não só financeiro, mas recursos técnicos como computadores e demais materiais para o desempenho ideal das suas funções. A falta de estrutura física e de recursos pode ter consequências no resultado do trabalho e ser um fator de insatisfação e resistência por alguns profissionais. Resistência, muitas vezes, em tentar driblar esses problemas e aceitar novos conceitos e a proposta do cuidado de forma coletiva e interdisciplinar.

A experiência da pesquisadora como residente NASF pode ser novamente citada como exemplo, no primeiro ano de residência tínhamos dois períodos fixos semanais de consultório, um pela manhã e outro à tarde. O consultório cedido era de um profissional médico que estaria neste período em “reunião de equipe” no auditório. Mas se algum grupo estivesse realizando determinada atividade no mesmo horário (os grupos aconteciam no auditório), a reunião de equipe era transferida fisicamente para o consultório do médico referido, e o espaço era perdido. E ainda, como residente e também referência do serviço social precisava participar de duas reuniões mensais de cada equipe

ESF, conseqüentemente, ao participar das reuniões eu perdia dois períodos mensais de consultório, isso referindo-me a mesma equipe.

A residência tem como principal característica a inserção no processo de trabalho, pode permitir fazer diferentes experiências e como “solução” - pelo menos para aquele momento - para atenuarmos o problema com espaço físico buscávamos dividir os consultórios entre o grupo da residência, também fazíamos interconsultas, ou ainda, dávamos preferência para as visitas domiciliares, ampliando a interação multiprofissional e o desenvolvimento das nossas competências.

A primeira parte do questionário nos permitiu identificar algumas características dos participantes e traçar um perfil desses sujeitos quanto idade, sexo, escolaridade, tempo de serviço (na área da saúde em geral, na Saúde da Família, na SMS e no CS Prainha), e também um perfil sobre vínculo laboral dos participantes. Essas informações foram discriminadas com detalhes por Ferreira (2014). As informações a partir do perfil foram fundamentais para a análise final da pesquisa, onde é possível correlacionar com os limites e possibilidades citados nos questionários para a interdisciplinaridade no processo de trabalho

A rotatividade dos profissionais, falta de recursos humanos, equipes fragmentadas foram citadas por diferentes sujeitos em vários momentos. Ao problematizarmos esses limites não tem como dissociar um do outro e fazer uma interpretação a partir do perfil dos participantes sobre o tipo de vínculo de trabalho.

Da nossa amostra seis (6) profissionais foram admitidos por concurso público, quatro (4) através de contrato, dois (2) terceirizados e dois (2) residentes, lembrando que o vínculo dos residentes é temporário com duração de dois anos aproximadamente, e atrelado ao Ministério da Educação e Cultura (MEC). Se não considerarmos os profissionais vinculados pela residência, a metade dos sujeitos são concursados. Mesmo com indicação do Ministério Público (MP) para a efetivação dos profissionais por meio de concursos públicos, a Secretaria Municipal de Saúde do município continua com vínculo empregatício através de contratos, um bom exemplo são os agentes comunitários de saúde (ACS), onde 100% da categoria é contratada.

A pressão social e econômica vivenciada a partir da década de 1990 induziram uma política de governo para um Estado mínimo e regulador, dentre as consequências deste modelo de atenção, foi introduzido no setor público a flexibilização das relações de trabalho. Um dos mecanismos de flexibilização foi a possibilidade de contratação de pessoal terceirizado, contratos por determinados períodos, que podem ou não ser

renovados, gerando além de outras consequências, a fragilidade do vínculo laboral, a instabilidade e alta rotatividade dos profissionais.

Dentre as causas mais frequentes de rotatividade em Saúde estão “as quais representam descontentamento e insatisfação com o emprego; salário (má remuneração) e jornada de trabalho intensa. Isso nos leva a considerar que não há valorização do funcionário na empresa, o que gera o descontentamento com sua profissão” (STANCATO; ZILLI, 2010, p. 92). Esses mesmos pesquisadores indicaram que há pouca bibliografia sobre esse tema, e que em algumas instituições são realizadas pesquisas internas e que essas informações são encaminhadas somente para a diretoria.

Sendo assim, a alta rotatividade,

ajuda-nos a perceber que não há muita preocupação em se realizar, ou pelo menos publicar, estudos abertos que mostrem a rotatividade dos profissionais, pois isso leva às causas do processo, que geralmente não são boas para medir o nível da qualidade e, principalmente, da imagem das instituições. Por exemplo, uma taxa de rotatividade alta nos demonstra que algo de errado está acontecendo (salários pouco competitivos, carga de trabalho excessiva, clima organizacional ruim, diminuição da qualidade do trabalho etc.) (STANCATO; ZILLI, 2010, p. 93).

Uma pesquisa realizada em 25 municípios do Rio Grande do Sul, entrevistou enfermeiros e médicos de 31 equipes de ESF, apontou como principais causas de rotatividade a precarização do vínculo de trabalho, a fragmentação da formação, o estilo de gestão autoritário, a ausência de vínculo com a comunidade e más condições de trabalho. O estudo revelou também a necessidade de desencadear mudanças em relação aos vínculos trabalhistas, às condições de trabalho e à formação de trabalhadores e gestores da saúde, buscando a implementação da integralidade nas práticas de saúde (MEDEIROS; JUNQUEIRA; SCHWINGEL; CARRENO; JUNGLES; SALDANHA, 2010).

Já um estudo sobre a rotatividade dos médicos lotados nos cinco CS do Distrito Sanitário Centro de Florianópolis, realizado em 2012, constatou um elevado índice de rotatividade em três CS e consequentemente, uma baixa produção. O estudo indicou também as principais causas da rotatividade, que, na grande maioria, foram por insatisfações com o ambiente de trabalho, divergência com a política de gestão e desmotivação com o plano de cargos e salários (SOUZA; GIRARDI; PEREIRA, 2012).

Os autores destacaram também que os dados sobre a baixa produção, relacionados com a alta rotatividade, no período de 12 meses, gerou “um grande impacto na qualidade

dos serviços prestados à população, ferindo um dos princípios da continuidade e do cuidado, ou seja, a necessidade do vínculo entre o paciente e o médico, e também o da longitudinalidade, que se refere ao acompanhamento do paciente, pelos médicos, ao longo do tempo” (SOUZA; GIRARDI; PEREIRA, 2012, p. 129).

É importante esclarecer que os sujeitos do último estudo citado representam uma única categoria profissional, mas, em se tratando de saúde e principalmente da APS a continuidade do cuidado e o estabelecimento do vínculo deve envolver todas as profissões.

a essência da longitudinalidade é uma relação pessoal que se estabelece ao longo do tempo, independentemente do tipo de problemas de saúde ou mesmo da presença de um problema de saúde, entre indivíduos e um profissional ou uma equipe de saúde. Uma equipe de APS tem a oportunidade de acompanhar os diversos momentos do ciclo de vida dos indivíduos, de suas famílias, da própria comunidade e, por intermédio dessa relação, a equipe conhece as pessoas, suas famílias e comunidade, e estes conhecem a equipe de saúde. O vínculo e a responsabilização, contidos na proposta brasileira, referem-se a esse conceito (BRASIL, 2007, p.41-42).

Neste contexto, pode se afirmar que o trabalho de uma **equipe fragmentada** fere com a proposta de continuidade do cuidado, não somente por falta de determinados profissionais, mas também pela quebra do vínculo entre os próprios integrantes e principalmente com o rompimento do vínculo com a comunidade. A relação de vínculo nos faz refletir sobre a responsabilidade e o compromisso dos profissionais na realização do trabalho em consonância com as diretrizes do SUS e sobre a permanência nas equipes. E ainda, “a longitudinalidade pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo, o que significa uma unidade de saúde com equipes estáveis. A rotatividade de pessoal nas equipes de saúde é um fator impeditivo do alcance da longitudinalidade (BRASIL, 2007, p.41-42). Ao ser um fator impeditivo longitudinalidade, a rotatividade dos profissionais estará impedindo outros importantes serviços.

3.2 Descrição e análise das possibilidades para o trabalho interdisciplinar

As **possibilidades** descritas para o desenvolvimento de ações interdisciplinares pelos profissionais sujeitos da pesquisa foram: *interação e vínculo com a comunidade; reuniões de equipe; a residência assumindo o trabalho dos servidores; prática*

multiprofissional e a enfermagem com sincronismo eficiente. Dos 14 questionários, um (1) sujeito respondeu que “*não existe possibilidades*”, dois (2) sujeitos não responderam e quatro (4) não se aplicam.

Como exemplos de possibilidades (potencialidades) indicadas, mas que também não condizem com o processo de trabalho para o desenvolvimento de ações interdisciplinares destacamos, “liberdade de perguntar sobre qualquer assunto”, “integração com a comunidade” e “participação social”.

Segundo os sujeitos da pesquisa, **a interação e o vínculo com a comunidade** é uma possibilidade para a interdisciplinaridade. O CS Prainha está localizado muito próximo da comunidade atendida, está efetivamente dentro do território, por isso, conhecer a comunidade gera uma responsabilidade e o comprometimento que possibilita um bom vínculo com a comunidade. O envolvimento dos profissionais de saúde, interação e vínculo com a comunidade, a partir das especificidades do território permitem uma valorização dos indivíduos tornando-os participantes do próprio processo de saúde-doença.

O cuidado voltado para o atendimento coletivo possibilita compreender melhor os problemas e enfermidades, mesmo em diferentes grupos. Para Nascimento e Oliveira (2010), é preciso ampliar a capacidade de desenvolver estratégias para se trabalhar com grupos, e com isso estimular a empatia e vínculo do serviço com a comunidade. Precisamos avançar muito nesse tipo de abordagem, é preciso pensar em ações que consigam um maior envolvimento da comunidade, principalmente nos grupos, que ainda são bastante esvaziados.

O modelo de atenção em saúde preconiza, entre outras questões, equipes de saúde capazes de lidar com a complexidade do processo saúde-doença e que consiga articular os diferentes conhecimentos em prol da saúde dos usuários. Acrescenta-se ainda que para pensar no trabalho com a comunidade é preciso organização e planejamento coletivo, indicando a necessidade de um **trabalho multiprofissional**.

Sobre o trabalho multiprofissional, Scherer (2006, p. 25) observa que “torna-se necessário estruturar o processo de trabalho baseado na prática multiprofissional com uma abordagem interdisciplinar e intersetorial. E que o espaço propício para que essa formação aconteça é o serviço de saúde, no desenvolvimento das atividades de trabalho”.

Scherer (2006, p. 65), cita um estudo sobre trabalhos das equipes de saúde de Schraiber e Peduzzi (2004), que considera

a interdisciplinaridade é ação multiprofissional como duas faces desse mesmo trabalho, e a interdisciplinaridade como insuficiente no encaminhamento da problemática da equipe multiprofissional de saúde” As autoras entendem que “a ação multiprofissional diz respeito à atuação conjunta de várias categorias profissionais, portanto ao mundo do trabalho; e que a interdisciplinaridade refere-se à integração das várias disciplinas científicas, no âmbito da pesquisa e do ensino”. Entendem que uma prática multiprofissional só pode ser decorrente de uma interdisciplinaridade se houver integração no plano das ações e a interação dos profissionais (SCHRAIBER; PEDUZZI, *apud*, SCHERER, 2006, p. 65).

Ou seja, para o trabalho se configurar multiprofissional a partir prática interdisciplinar, deverá acontecer sob a integração e interação de diferentes categorias profissionais com o mesmo objetivo, sendo assim, complementares e imprescindíveis entre si. E pensando nas possibilidades para o trabalho interdisciplinar, os profissionais de saúde precisam desenvolver habilidades que possibilitem lidar com a multiplicidade dos saberes. “A realidade dos serviços de saúde vai exigir dos profissionais a ampliação da capacidade de gerir as situações que se apresentam. Os conhecimentos acadêmicos e a experiência adquirida anteriormente não são suficientes para tal. Será preciso aprender e re-aprender com a vivência cotidiana e reinventar os coletivos” (SCHERER, 2006, p. 210).

O trabalho da **residência multiprofissional** ou a **residência assumindo o trabalho dos servidores** esteve presente nas falas dos sujeitos. Acreditamos que essas indicações foram decorrentes de diferentes ações. A equipe de residência procurou interagir e participar do trabalho com os demais profissionais do CS Prainha, com os usuários do serviço e também com a comunidade (instituições como escolas, creches, igreja e organizações não governamentais do território), se colocando a frente de projetos ou ações como Programa Saúde na Escola (PSE), grupos, reuniões, participando ativamente das atividades do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), além do atendimento individual, interconsultas e visitas domiciliares.

O trabalho da residência é a partir de “vivência” do serviço e conta com suporte pedagógico e preceptoria específica, possivelmente tornando o serviço mais “leve”. O programa de RMSF “busca não somente o crescimento profissional dos residentes, mas também promover a transformação do serviço de saúde que os recebe, incentivando a reflexão sobre a prática desenvolvida e as possibilidades e limites para transformá-la” (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010, p. 816).

A transformação do serviço de saúde era sem dúvida um objetivo comum do grupo de residentes e somado a falta de profissionais e a “loucura” da agenda NASF fez com que o trabalho realizado fosse muito intenso e ativo, qualificando a nossa atuação e nos tornando referência multiprofissional e interdisciplinar para toda a equipe do CS Prainha.

Nascimento e Oliveira (2010) realizaram uma pesquisa com o objetivo de construir uma síntese de competências e atributos necessários para a formação em RMSF e para o trabalho na ESF, a partir da percepção dos preceptores e demais profissionais de saúde.

A construção desse perfil de competências evidenciou a necessidade de pensar a formação na RMSF a partir de uma perspectiva ampliada do processo saúde-doença, assim como refletiu as competências desejáveis para os profissionais envolvidos no contexto da ESF, por meio da imersão **pelo** e **no** trabalho, oportunizada por esta estratégia (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010, p. 816).

A ESF – com a sua dinâmica - é o lugar ideal para o aprendizado vivenciado com vistas para o cuidado continuado, longitudinal, na perspectiva da integralidade e no território de atenção, próximo da comunidade e interdisciplinar, neste contexto, pode-se afirmar que sempre houve uma divisão e compartilhamento do cuidado entre residência e os profissionais do CS Prainha, refletindo na resposta dos sujeitos da pesquisa.

As **reuniões de equipe** acontecem semanalmente, reúne-se o médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, os ACS, equipe de saúde bucal e NASF – residentes e estagiários. É um espaço destinado ao matriciamento dos casos, planejamento e avaliação das ações, educação permanente através da discussão de temas relevantes para o momento, deve acontecer de maneira horizontal com a participação de todos, entre outras diferentes e importantes ações. É uma atividade com horário específico e geralmente acontece mesmo com a equipe incompleta, é um momento coletivo que pode envolver todos os participantes.

Inicialmente as equipes não conseguiam se organizar, as reuniões eram sobrecarregadas com atividades burocráticas e repasse de informações e, ou, repasse ou encaminhamento de casos, grupos prioritários, dificuldades de relacionamento, cobrança com relação a números, falta de entendimento do trabalho em equipe. A reunião de equipe é um espaço que pode ser potencializado, e as equipes do CS Prainha aos poucos foram modificando a organização e o tempo, foram qualificando as reuniões, tornou-se

um momento de planejamento, organização e avaliação das ações desenvolvidas pela equipe e troca de saberes, momentos que incentivaram as ações interdisciplinares.

A enfermagem no CS Prinha está à frente das equipes ESF, conhecem toda dinâmica do CS, e têm domínio sobre atividades administrativas, organização do processo de trabalho, possui boa articulação com a comunidade, conhece o território e suas potencialidades, coordena e supervisiona as atividades dos ACS, e é referência nas equipes. A oportunidade em acompanhar esses profissionais durante os dois anos de residência possibilitou compreender que a indicação da “**enfermagem com sincronismo eficiente**” como potencialidade para o trabalho interdisciplinar, pensando na articulação entre a própria equipe e equipe NASF.

3.3 Medidas propostas

O último objetivo específico deste estudo é descrever as **medidas propostas** pelos sujeitos de pesquisa, para o enfrentamento dos desafios existentes no processo de trabalho para o desenvolvimento de ações interdisciplinares. Dos quatorze (14) participantes, quatro (4) não responderam, três (3) não se aplicam.

Foram indicadas categorias já citadas nos objetivos anteriores - **como espaço físico** - outros mais técnicos e dentro da necessidade de reorganização do processo de trabalho e educação permanente, tais como: *capacitação das equipes; reorganização do processo de trabalho; a sugestão da criação e utilização de protocolos para urgência e emergência; mais tempo para ações interdisciplinares; mais tempo para o planejamento das ações; criar espaço na agenda para discussão de caso entre os profissionais*. Foi indicado também *uma coordenação que defenda espaços interdisciplinares; e disponibilidade de diálogo*.

Ao trabalharmos com a **reorganização do processo de trabalho**, indiretamente temos a possibilidade de envolver outras questões indicadas como “medidas propostas” pelos sujeitos da pesquisa, como a sugestão da criação e utilização **de protocolos para urgência e emergência**, padronizando e otimizando o atendimento. Ao organizar as atividades poderão ter **mais tempo para o planejamento das ações** com melhor resolutividade. Ao **criar espaço na agenda para discussão de caso entre os profissionais**, como resultado terão possivelmente um número maior de **ações interdisciplinares**.

Para que isso seja efetivo, torna-se indispensável criar novos espaços que promovam a educação permanente em saúde, tendo em vista diminuir o impacto da formação fragmentada, complementando uma formação básica que esteve ausente ou de maneira superficial termos como interdisciplinaridade, integralidade e saúde coletiva.

Quando falamos de uma **coordenação que defenda espaços interdisciplinares** e sobre **disponibilidade de diálogo**, precisamos refletir sobre como as relações de trabalho estão colocadas. Existem relações verticalizadas, onde muitas vezes a técnica e conhecimento adquiridos frequentemente podem servir para elevar a posição de poder do profissional sobre outros e também sobre os usuários. Este cenário acaba inibindo a capacidade de interação e empenho de alguns profissionais que não são motivados a participar ou a envolver-se com as exigências que o cuidar da saúde demanda, interferindo na qualidade dos serviços destinados a população – enquanto residentes, não observamos essa prática nas nossas relações de trabalho, porém, estávamos numa posição diferenciada.

Ouvir o que se tem a falar e estimular a participação de todos os sujeitos faz com que estes sintam-se participantes do processo de trabalho, onde os “profissionais que atuam em um ambiente mais democrático, com liberdade, são estimulados a participar dos diversos processos, sentem-se mais responsáveis e conseguem enfrentar as dificuldades no trabalho com mais dedicação e entusiasmo” e ainda “as decisões centralizadas pelo gestor limitam o desenvolvimento de novas ideias, desestimulam a participação e dificultam a ocorrência da sinergia no grupo (MEDEIROS; JUNQUEIRA; SCHWINGEL; CARRENO; JUNGLES; SALDANHA, p.1524, 2010).

3.4 Sugestões / observação final do questionário

No final do questionário havia um espaço para que os sujeitos de pesquisa fizessem **observações** caso existisse alguma observação importante sobre o assunto estudado e que o questionário não conseguiu contemplar. Somente três (3) sujeitos fizeram observações; *continuação trabalho da residência; qualificação dos profissionais e coordenação mais efetiva na unidade, que acredite na mudança e esteja disposta a construir com as equipes.*

Ao solicitar a continuação do trabalho da residência, as pesquisadoras fizeram referência a experiência que o projeto da residência se propõe, além de oxigenar o

trabalho, o espaço da residência trazia novas ideias, dava suporte e se renovava a cada ano com as novas equipes.

A qualificação profissional é um grande diferencial para darmos conta das novas demandas que a sociedade impõe. Com as transformações sociais e econômicas que vêm gradualmente acontecendo, novas exigências e tecnologias tomam conta do mundo do trabalho. Mas no meio em que trabalhamos precisamos direcionar essas exigências para a formação e qualificação profissional permanente. Essas transformações implicam num quadro contínuo de aperfeiçoamento e capacitações, inclusive, demandando cada vez mais parcerias entre as universidades e o estado, fortalecendo a interação entre ensino e serviço.

Sobre uma coordenação mais efetiva na unidade, que acredite na mudança e esteja disposta a construir com as equipes, acreditamos que os sujeitos da pesquisa estavam solicitando uma gestão que incentive o trabalho em equipe, e reserve momentos específicos para ações interdisciplinares. Ao lembrarmos do cenário que vivenciamos ainda que a própria organização do processo de trabalho possibilitasse o trabalho interdisciplinar, este não era prioridade, sempre haviam outras ações ou metas para serem cumpridas, que direcionavam os profissionais para uma atuação individual e também para o repasse ou encaminhamento de casos. O incentivo da coordenação serviria como suporte e alicerce para outra postura e novas possibilidades.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Antes de chegarmos ao tema central desta pesquisa, muitas discussões foram realizadas, várias questões debatidas, queríamos trabalhar em algo que pudesse envolver diferentes personagens da saúde e que possibilitasse suscitar opiniões de todos os agentes envolvidos, até mesmo os usuários do serviço. Ao direcionarmos para “interdisciplinaridade” teríamos a possibilidade de incluir todos os profissionais da assistência, menos a população – centralidade do nosso trabalho diário – mas que estaria envolvida indiretamente, no resultado final das nossas ações. No entanto, devida a baixa participação de residentes e nenhuma participação dos preceptores, a nossa avaliação ficou parcialmente prejudicada, pois queríamos fazer a análise dos questionários com a participação de todos os segmentos e representações, possivelmente subsidiando o aprofundamento da discussão.

Ao incluirmos todos os profissionais do CS Prainha, as pesquisadoras já sabiam das diferentes respostas e até mesmo do distanciamento do referencial teórico, pois, estávamos falando de profissionais com escolaridade de nível fundamental, médio, técnico e superior. De maneira geral as respostas foram muito sucintas e objetivas, com encaminhamentos diferentes, dificultando a análise. Observamos algumas respostas mais genéricas, mas que, com olhar ampliado foi possível relacionar com o tema, mesmo superficialmente. Algumas respostas foram de encontro com o referencial teórico, evidenciados através da descrição das suas ações.

Em contrapartida, algumas respostas apresentaram o total desconhecimento literal sobre o tema, uns até confundindo a interdisciplinaridade com “indisciplina”, apontando a fragilidade e limites de atuação.

Antes de discorrer sobre as respostas dos objetivos específicos do trabalho, julgamos importante retomar de maneira breve às respostas aos objetivos do TCR de Ferreira (2014), complementando a discussão. O objetivo principal da nossa pesquisa foi sobre “como a composição multiprofissional possibilita uma práxis interdisciplinar na APS”, para isso, iniciamos os nossos objetivos específicos com a proposta de tentar resgatar as **concepções de interdisciplinaridade** apresentadas pelos próprios sujeitos da pesquisa.

Nas diferentes respostas obtidas, identificamos **concepções de interdisciplinaridade divergentes da nossa fundamentação teórica** como, “mau comportamento”, “disciplina”, “dar atenção à própria saúde e de sua família”.

Concepções de interdisciplinaridade restritas à multiprofissionalidade, multidisciplinaridade e/ou pluridisciplinaridade, como, “reuniões com troca de informações e análise da situação do paciente”, “vários profissionais trabalhando juntos, em atuações multidisciplinares”.

E também **concepções de interdisciplinaridade convergentes com nossa fundamentação teórica**, como “troca de saberes, experiências e práticas”, “interagindo além do nosso conhecimento específico” e “unindo saberes de fontes diferentes”.

A partir das concepções divergentes da base teórica e a confusão com o termo observamos em alguns questionários o desconhecimento do tema, nos fazendo pensar que estes sujeitos estão tendo dificuldades para analisar as ações do cotidiano de trabalho e principalmente o afastamento do referencial teórico que auxilia a nossa prática.

O objetivo específico seguinte tinha o intuito de caracterizar os **espaços proporcionados pela organização do trabalho** para o desenvolvimento de ações

interdisciplinares. Dentre os espaços citados destacamos, “as reuniões de equipe, os grupos de educação em saúde, as interconsultas, e as situações informais (tais como questionamentos por iniciativa própria, intervalos de atendimento ao público e cafés na copa)” (FERREIRA, 2014, p.43). Foram citados também os matriciamentos, as visitas domiciliares e as reuniões de planejamento da unidade.

O terceiro objetivo era verificar quais **ações interdisciplinares** que os profissionais sujeitos da pesquisa identificam que realizam nos espaços de trabalho. “Muitos participantes apenas repetiram os espaços já citados anteriormente, sem discriminar as ações que conseguem realizar a partir deles, o que pode indicar uma dificuldade das pesquisadoras de fazer-se entender ao elaborar o questionário” (FERREIRA, 2014, p. 46).

Houve também alguns sujeitos que tiveram uma compreensão maior do tema citando ações interdisciplinares que englobam “ações de trocas de saberes entre profissionais”, “ações compartilhadas entre profissionais e usuários”, ações voltadas para a organização do processo de trabalho” e “ações voltadas para o território e a comunidade” (FERREIRA, 2014).

Dando sequência aos objetivos, ao pensarmos nos limites e possibilidades para o desenvolvimento do trabalho interdisciplinar, a partir do material empírico, percebemos que embora houvessem momentos destinados para a interdisciplinaridade, as ações no CS Prainha ainda são muito voltadas para o trabalho individual ou repasse de casos. Isso se torna evidente principalmente nas atividades conjuntas entre as ESF e NASF, onde é proposto momento para o matriciamento, mas o que se replica são as discussões pontuais e o encaminhamento de situações.

Existem vários fatores condicionantes para a não realização do trabalho interdisciplinar, no entanto, dentre os limites indicados pelos sujeitos da pesquisa, consideramos importante exaltar os que, ao nosso ver, estão diretamente relacionados com a possibilidade de se pensar ou trabalhar interdisciplinarmente. É preciso criar mudanças no processo de trabalho que possibilitem o entendimento e a necessidade do trabalho interdisciplinar, neste sentido, acreditamos que, com a reorganização do processo de trabalho, tema que apareceu em diferentes momentos dos questionários, podemos mudar o cenário de atuação profissional e incluir na pauta das discussões a importância pela busca da práxis interdisciplinar.

Observamos também que os limites estão atrelados a postura da coordenação local – que segue orientações da gestão distrital e ou municipal - fundamentadas em números

e ao cumprimento de metas, que centralizam as decisões, não incentivando a participação dos demais profissionais. Observamos ainda que os profissionais não se sentem participantes de processo, evidenciando uma relação verticalizada e fragmentada.

Para alcançarmos uma atuação cada vez mais interdisciplinar precisamos de profissionais comprometidos com as práticas em saúde coletiva, no entanto, julgamos ser preciso também que “os gestores se co-responsabilizem, fomentando a educação permanente, garantindo a viabilidade dos espaços já institucionalizados, priorizando-os e valorizando as ações interdisciplinares realizadas” (FERREIRA, 2014, p. 52).

Trabalhar com a falta de profissionais ou equipe mínima gera muitos problemas, pois, além de não conseguir atender os usuários de maneira integral, a falta de profissionais gera excesso de trabalho, inviabilizando ações de promoção, prevenção e educação permanente. Entretanto, para se trabalhar com os diferentes conceitos e temas como o desta pesquisa, é imprescindível instituir espaços que promovam a educação permanente em saúde, que primordialmente sigam o modelo de gestão participativa e que tenha como meta diminuir o distanciamento entre as profissões, amenizando o enfoque nas especialidades e rompendo com a prática do modelo biomédico.

Dentre as possibilidades do trabalho interdisciplinar existentes no cotidiano dos participantes da pesquisa, o trabalho com os residentes apresentou-se como uma importante alternativa para o desenvolvimento desta prática. A experiência com a RMSF foi imensamente importante para a nossa formação profissional, foi a prática tão esperada nos longos anos da graduação, foi o primeiro contato com uma realidade, que até então, passava-se despercebida. E como resultado positivo do trabalho, podemos perceber nos questionários que a presença da residência no CS Prainha também foi importante para os demais profissionais.

O trabalho da residência vem com a proposta de reordenação das práticas em saúde e tem apresentado resultados significativos, e esse é o grande diferencial. A organização da RMSF consegue atingir o trabalho interdisciplinar além dos espaços viabilizados na APS. O projeto de formação da RMSF prevê a interdisciplinaridade associada diretamente ao trabalho multiprofissional em equipe, e não como simples grupo e pode contribuir nas ações e reflexões, na importância de trabalhar em conjunto e de se pensar em novas possibilidades. No entanto,

o crescimento profissional dos residentes fica prejudicado pela pouca disponibilidade de carga horária dos preceptores da SMS e dos tutores da UFSC, limitando sua capacidade de promover a transformação do serviço de saúde que os recebe, e confundindo o processo pedagógico

de formação em serviço com a obrigação de garantir a cobertura de serviços a despeito da falta de RH da SMS (FERREIRA, 2014, p. 52).

A rotatividade e a falta de RH precederam para os residentes assumir o lugar destes profissionais, contrariando com a proposta pedagógica de formação e diminuindo a disponibilidade para o planejamento das suas ações, diminuindo também a disposição para reorganização do processo de trabalho, para a criação de novas possibilidades e da implementação de novas práticas em saúde. Em contrapartida, tivemos uma aproximação real com pensar e fazer saúde, com a prática em defesa do trabalho no SUS e todos os desafios que o cercam.

Os princípios e diretrizes da política de saúde na APS estão claros, foram idealizados e construídos coletivamente no decorrer de anos, o que ainda nos parece bastante obscuro é colocá-los em prática. Na APS trabalhamos com produção social de saúde, para isso precisamos de uma postura crítica, sob uma práxis, orientada pelas diversas áreas do saber, sem perder a essência e a particularidade de cada profissão, mas com uma visão que possa contemplar diferentes perspectivas.

Temos diferentes concepções de mundo e opiniões sobre o processo de saúde e doença, neste interim, as representações sociais dos profissionais que compõem as equipes podem formar a identidade do serviço, influenciando no processo de cuidar e na complexidade deste cuidado, impondo muitas vezes barreiras de acesso ao serviço ou acesso parcial. Quando falamos em acesso ao serviço não estamos nos referindo ao acesso a triagem dos acolhimentos ou do cuidado técnico, referimo-nos ao cuidado de maneira integral, que ultrapasse os saberes do núcleo e campo, que envolva o trabalho interdisciplinar coordenado por profissionais de diferentes profissões.

A discussão sobre a práxis interdisciplinar não se esgota tão cedo, temos muitas questões para debater e muitas transformações para realizar. O atendimento no SUS ainda acontece a partir do que está instituído no serviço e não a partir da demanda dos usuários. É preciso haver uma mudança de paradigma. É preciso incentivar a participação social dos profissionais e da comunidade, é preciso fortalecer os espaços de discussão e educação permanente, estimular a crítica e a questionar a própria prática, acolher os diferentes temas e principalmente as diferentes profissões.

5. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da Família: Passo a Passo das Ações do Departamento de Atenção Básica**. Brasília, 2011.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 9) Brasília – DF: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010. 152 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Caderno de Atenção Básica, n. 27).

_____. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Brasília: CONASS, 2007.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **8ª Conferência Nacional de Saúde: relatório final**. 1986, 21 p.

CHIANERINI, D. H. (org.). **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

DENTI, I. A. **Programa de Saúde da Família: da proposta à execução, um desafio para a reestruturação do serviço de saúde**. 2000. 146 f. (Mestrado) Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

FALEIROS, V. P.; SILVA, J.F.S.; VASCONCELLOS, L.C.F.; SILVEIRA, R.M.G. **A construção do SUS; histórias da reforma sanitária e do processo participativo.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

FERREIRA, Ana Isabel de Godoy. **Percepções da equipe multiprofissional sobre espaços e ações para o exercício da práxis interdisciplinar em um centro de saúde do sul do Brasil** [monografia] Ana Isabel de Godoy Ferreira; orientadora, Keli Regina Dal Prá – Florianópolis: UFSC/CCS, 2014, 61p.; il.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** São Paulo: Atlas, 1999.

Gomes, D. C. R, organizador. **Equipe de saúde: o desafio da integração.** Uberlândia: Editora da Universidade Federal de Uberlândia; 1997.

LOCH-NECKEL et al. Desafios para a ação interdisciplinar na atenção básica: implicações relativas à composição das equipes de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14 (Supl. 1):1463-1472, 2009.

Medeiros, Cássia Regina Gotler; Junqueira, Álvaro Gustavo Wagner; Schwingel, Glademir; Carreno, Ioná; Jungles, Lúcia Adriana Pereira; Saldanha, Olinda Maria de Fátima Lechmann. **A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família.** Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700064
Acesso em 02/072015

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 8.ed. São Paulo: Hucitec, 2004. 269p.

NASCIMENTO, Débora Dupas Gonçalves do; OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos. **Competências profissionais e o processo de formação na residência multiprofissional em Saúde da Família.** Rev. Saude e Sociedade, dez 2010, vol.19, n.4, p.814-827.

PAIM, Jairnilson. **Uma análise sobre o processo da Reforma Sanitária brasileira.** In.: **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 27-37, jan./abr. 2009.

SCHERER, Magda Duarte dos Anjos. **O trabalho na equipe de saúde da família: possibilidades de construção da interdisciplinaridade** [tese] / Magda Duarte dos Anjos Scherer. – Florianópolis: UFSC/PEN, 2006. 232 p.; il.

SOUZA, Mariléia de; GIRARDI, Dante Marciano; PEREIRA, Juliana. **Estudo da Rotatividade dos Médicos Lotados nas Unidades Básicas de Saúde do Distrito Sanitário Centro da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis.** Anais Coleção: Gestão e Saúde Pública, volume 5, artigo 6, 2012.

VALENTIM, Marta. **Métodos de pesquisa: técnicas de coleta de dados.** Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Filosofia e Ciências – Campus de Marília. Departamento de Ciência da Informação. Marília, SP: 2008. Apresentação inédita.

ZILLI, T. P; STANCATO, K. **Fatores geradores da rotatividade dos profissionais de saúde: uma revisão da literatura** / Factors generators of the rotation of health professionals: a literature review. Rev. adm. saúde; 12(47):87-99, abr.-jun. 2010.

APÊNDICES

**APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(TCLE)**

Você está sendo convidado(a) a participar de pesquisa sobre **Interdisciplinaridade no processo de trabalho das equipes multiprofissionais na Atenção Primária em Saúde (APS)**.

O projeto tem como objeto de pesquisa **Discutir como a composição multiprofissional possibilita uma práxis interdisciplinar na Atenção Primária em Saúde**.

Sua participação nesta pesquisa será através de respostas às perguntas do questionário semiestruturado em anexo.

A participação não será obrigatória e a qualquer momento você poderá desistir de participar e retirar o seu consentimento. Se você se recusar a participar, não terá prejuízo nenhum na sua relação com as pesquisadoras ou com o serviço. Sua participação é voluntária e sua identidade não será revelada. No entanto, os benefícios relacionados à sua participação são muito importantes. Sua participação subsidiará a elaboração do trabalho de conclusão de curso, possibilitará o levantamento de informações importantes, poderá contribuir para a reestruturação do processo de trabalho na unidade, criando maiores possibilidades de desenvolvimento de ações interdisciplinares e essenciais para eficácia e resolutividade da Atenção Primária em Saúde.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e e-mail das pesquisadoras e da Professora Orientadora desta pesquisa, podendo esclarecer suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, a qualquer momento.

Obrigada por sua colaboração e por nos oferecer a sua confiança.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. Declaro também que recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

_____, ____ de _____ de 2013.

Participante da pesquisa

Ana Isabel de Godoy Ferreira (Enfermeira Residente)
(48) 9649-1101 e-mail: anagoyfer@gmail.com

Daniela Cristina Pereira (Assistente Social Residente)
(48) 99091849 e-mail: daniela_cp@hotmail.com

Keli Regina Dal Prá (Professora Dra. Orientadora)
(48) 9977-8601 e-mail: keli.regina@ufsc.br

APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO SEMIESTRUTURADO

1. Identificação

1.1 Nome (opcional):

1.2 Idade:

1.3 Profissão:

1.4 Sexo () F () M

1.5 Nível de escolaridade:

- () Ensino Fundamental Incompleto
- () Ensino Fundamental Completo
- () Ensino Médio Incompleto
- () Ensino Médio Completo
- () Ensino Superior Incompleto
- () Ensino Superior Completo
- () Pós Graduação/Especialização

1.6 Cargo/Função no CS Prainha:

1.7 Vínculo laboral:

Concursado () Contratado Temporário () Terceirizado ()
Residente-R1 () Residente R2 ()

1.8 Há quanto tempo você trabalha na área de Atenção à Saúde?

1.9 Há quanto tempo você trabalha na Secretaria Municipal de Saúde?

1.8 Há quanto tempo trabalha no Centro de Saúde da Prainha?

2. Interdisciplinaridade

2.1 O que significa para você a interdisciplinaridade?

2.2 Tente escrever um pouco sobre o que você pensa a respeito deste assunto (sobre o que é a interdisciplinaridade na Atenção à Saúde, especialmente na Atenção à Saúde da Família).

2.3 No seu dia-a-dia de trabalho, na forma como ele se organiza no CS Prainha, existem espaços, momentos, oportunidades para você e seus colegas desenvolverem ações interdisciplinares?

() sim () não

2.4 Se você respondeu que estes espaços existem, descreva agora que espaços são esses.

2.5 Estes espaços ocorrem:

Diariamente () Semanalmente ()
 Mensalmente () Menos do que 1 vez por mês ()

2.6 Assinale os espaços ou atividades dos quais você participa e que, no seu entendimento, possibilitam o desenvolvimento de ações interdisciplinares:

Espaços/Atividades	Observações
Reuniões de Equipe ()	
Matriciamento ()	
Reuniões de Planejamento da Unidade ()	
Visitas Domiciliares ()	
Interconsultas ()	
Grupos de Educação em Saúde ()	

2.7 Você identifica outros espaços ou atividades que possibilitam o desenvolvimento de ações interdisciplinares, além daqueles já indicados no quadro acima? Caso identifique, descreva quais são.

2.8 Agora que já falamos sobre os espaços que você identifica que possibilitam o desenvolvimento de ações interdisciplinares, descreva quais são as ações interdisciplinares que você consegue desenvolver junto com seus colegas.

3. Os limites e possibilidades que você encontra no cotidiano de trabalho

Depois de ter refletido sobre:

- a forma como se organiza o trabalho no CS Prainha;
- os espaços que existem que possibilitam o desenvolvimento de ações interdisciplinares;
- as ações interdisciplinares que você percebe que realiza junto com seus colegas;

3.1 Quais são os limites (dificuldades) que existem no processo de trabalho para o desenvolvimento de ações interdisciplinares:

3.2 Quais são as possibilidades (facilidades, potencialidades) que existem no processo de trabalho para o desenvolvimento de ações interdisciplinares?

3.3 Na sua opinião, existem mudanças na forma de organizar o trabalho no CS Prainha que poderiam ajudar na realização de ações interdisciplinares? Se você acha que sim, fale um pouco sobre elas, explique seu ponto de vista.

Observações finais:

Se você acredita que existe ainda alguma observação importante que deve fazer sobre o assunto da pesquisa, e que não foi contemplada em nenhuma das perguntas anteriores, use este espaço para isso. Agradecemos imensamente sua participação!

Relembramos que ela deve ser totalmente voluntária, e garantimos que sua identidade será mantida em absoluto sigilo, em todas as fases da pesquisa, incluindo sua divulgação em publicações e eventos científicos. Esclarecemos que você tem o direito de recusar a participação ou de retirar o consentimento a qualquer momento, sem que isto tenha qualquer consequência para você.

Por favor, coloque seu questionário preenchido na caixa coletora, conforme orientação, ou entregue a uma das pesquisadoras.

Atenciosamente,

 Ana Isabel de Godoy Ferreira (Enfermeira Residente)

 Daniela Cristina Pereira (Assistente Social Residente)

 Keli Regina Dal Prá (Professora Dra. Orientadora)

